

与薬指示書(医師記入)

主治医の先生方へ

フェリーチェ国際こども園では誤薬を避けるため、原則として与薬をしていません。
朝・夕の2回処方または朝・夕・睡前の3回処方などご家庭で内服していただけ
るよう処方をお願い申し上げます。
ただし、日中の与薬が治療の上で必要な場合は、指示書に基づき与薬を行います。

フェリーチェ国際こども園 園長宛

下記の園児について当院で加療中ですが、登園可能と判断しました。登園の際は、保護者に代わり与薬をお願いします。

※クラス・名前は保護者記入

※ クラス		※ 園児	
病名又は症状			
薬品名	*塗布剤のステロイドはお預かりしておりません。		
処方薬用法	1日_____回【朝・昼・夕 その他()】 与薬期間:令和 年 月 日～令和 年 月 日 *最大与薬期間は 2週間です。与薬を継続する場合は、再提出をお願いします。		
注意事項			

令和 年 月 日

医療機関名

電話番号

医師名

印

与薬願い(保護者記入)

医師と相談の結果、やむを得ずこども園での保育時間中に与薬が必要となりました。こども園で
の上記園児に対し、医師の指示書通り行っていただきたくお願ひいたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

※用紙記入にあたり別途料金がかかる場合がありますがご了承ください。

与薬依頼書(保護者記入)

- ① 薬を持参される場合は、この用紙を記入し薬と一緒に職員へ直接手渡してください。バス通園の場合は、連絡ノートに薬持参の旨を記載し連絡袋に入れてください。
- ② 保育中の与薬が必要だと医師から指示されている場合(与薬指示書が記入されている場合)、1日1回のお薬の与薬を行います。
- ③ 使用する薬は1回分ずつに分けて、当日分のみご用意ください。
- ④ 袋や容器には、1包ずつまたは1容器ずつに必ず、日付・クラス・お子様の名前をご記入ください。
- ⑤ 上記の内容が守られていない場合は、こども園にて与薬をすることはできません。この用紙は1日1枚です。(塗り薬の場合は、1週間に1枚)
※塗り薬のステロイド剤はお預かりしておりませんのでご了承ください。
※長期で塗り薬が必要な場合も、原則1週間毎に返却させていただきます。

クラス		園児名	
与薬をする日	年 月 日		
与薬時間	昼食前 · 昼食後 · PMおやつ前 · PMおやつ後 その他()		
薬の種類	粉薬 · シロップ · 錠剤 · 座薬 · 軟膏 点眼(右 / 左) · その他()		
与薬方法	そのままで · 水で溶く · ペースト状 · その他()		
薬の保管方法	常温 · 冷蔵庫 · その他()		
その他注意事項	(飲ませ方など、注意してほしいことがあれば記入してください。)		
園 記 入 欄	受領者 サイン	与薬者サイン	
		与薬時刻	月 日 午前・午後 時 分

フェリーチェ国際こども園 令和8年1月改定

----- キリトリ -----

園児名

月 日 :

本日お預かりしたお薬の与薬を行いました。

フェリーチェ国際こども園